UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 11

FACULTE DE MEDECINE

ANGINE PRÉ-ROUGEOLEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mai 1914

PAR

M^me^ PODOLSKY, née Elka-Reysia GORNIK

Née à Ladijina (Russie), le 11 septembre 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
LEENHARDT, Agrégé. } *Assesseurs*
GAUSSEL, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE " L'ABEILLE "
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

ANGINE PRÉ-ROUGEOLEUSE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. N.....
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, Président.	MM. LEENHARDT, Agrégé.
GRANEL, Professeur.	GAUSSEL, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON MARI

A MES FRÈRES

A MES AMIS

R. PODOLSKY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

R. PODOLSKY.

Avant d'aborder cette étude nous sommes heureuse d'obéir à un usage traditionnel qui nous donne l'occasion d'exprimer un souvenir reconnaissant au pays et à nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté que nous allons quitter, mais auxquels tant de liens nous rattachent.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance que M. le professeur Carrieu a bien voulu nous montrer et surtout en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous aimerons toujours à nous rappeler le temps passé dans son service, où non seulement il nous a enseigné la médecine, mais où il nous a donné un exemple de bonté et de souci constant des malades.

Nous remercions M. le professeur Granel qui a toujours été si aimablement bienveillant avec nous, et nous garderons le touchant souvenir de son affabilité indulgente.

A M. le professeur agrégé Leenhardt qui nous a donné le sujet et les observations de cette thèse et qui a bien voulu nous aider grandement de ses conseils, nous adressons avec l'expression de notre gratitude l'assurance de notre sympathie. Nous nous souviendrons toujours de notre stage à l'Hôpital Général et des consultations où nous l'avons vu traiter les malades avec tant de patience et d'humanité.

A M. le professeur agrégé Gaussel nous disons notre merci et nous nous rappellerons avec plaisir que nous

fûmes de ses premiers stagiaires dans son service de Bon Accueil.

Nous n'aurions garde d'oublier ce que nous devons à M. le professeur Rauzier qui a guidé excellemment nos premiers pas dans la clinique médicale.

Nous nous faisons un devoir de présenter à M. le professeur agrégé Lagriffoul l'hommage de notre profonde reconnaissance pour les bons soins qu'il nous a donnés avec dévouement.

Nous ne voulons pas manquer d'exprimer au docteur Marcel Carrieu, chef de clinique médicale, nos remerciements pour la direction et l'aide qu'il nous a données avec l'habituelle cordialité qui le distingue.

Qu'il nous soit permis enfin d'adresser ici notre affectueux remerciement à notre amie Mlle Lombard, professeur au Petit Lycée, qui a eu l'amabilité de relire avec nous notre travail et de corriger quelquefois les incorrections de notre langue encore hésitante.

ANGINE PRÉ-ROUGEOLEUSE

INTRODUCTION

Nous entendrons par angine pré-rougeoleuse, l'angine qui apparaît avant l'éruption de la rougeole, dans la période d'incubation, non pas l'énanthème de la rougeole, une angine différente, indépendante de la rougeole, caractérisée par la rougeur diffuse ou la localisation aux amygdales seulement, et des points pultacés, ou d'autres formes, où la non-présence des macules ou papules rouges si caractéristiques de l'énanthème est le point capital.

Si nous compulsons les grands traités classiques de la médecine et les différents travaux écrits d'une part sur les angines, d'autre part sur la rougeole, nous trouvons des angines succédant à la rougeole ou apparaissant en pleine éruption, mais nous ne voyons pas signalé le cas qui nous occupe.

Nous sommes donc naturellement amenée à conclure, ou que cette question n'a pas été étudiée, ou que ces cas sont excessivement rares. Nous n'attachons pas une importance exagérée au fait qui nous occupe. Il nous

semble seulement intéressant de noter ce cas au point de vue des indications à tirer.

Les épidémies de cette année et notamment l'épidémie de rougeole ont été riches en anomalies : des cas très intéressants ont été signalés par M. le professeur Carrieu dans ses leçons cliniques de l'hôpital Suburbain.

Nous savons qu'à l'hôpital Suburbain, aux contagieux, il y a eu des malades qui sont entrés à l'hôpital avec rougeole et qui présentaient en même temps des angines de formes différentes : érythémateuse, érythémato-pultacée, phlegmoneuse, et pour lesquelles on n'a pas pu nous indiquer à quel moment précis est survenue l'angine. L'exanthème coexistait chez eux avec une angine en pleine évolution. Nous sommes presque sûre que dans quelques cas l'angine précédait la rougeole. Nous regrettons de n'en pouvoir donner ici les observations.

Quelques médecins de la ville nous ont également signalé dans leur clientèle privée, ainsi que dans le milieu militaire, le cas qui nous occupe.

Mais les 5 cas que nous avons étudiés, grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt, sont bien observés et nettement caractérisés.

Dans l'étude qui suivra nous n'aurons en vue que les formes d'angines qui nous intéressent. Nous commencerons par la description de l'angine banale, puisque l'angine que nos étudions ressemble en tous points à celle-ci.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

Angine érythémato-pultacée. — Rougeole.

Le 15 février 1914, le jeune B..., âgé de 5 ans, est atteint de fièvre avec angine.

Normal et bien portant jusqu'à ce moment, l'enfant qui a été en contact, 10 jours auparavant, avec un enfant atteint le lendemain de rougeole, est pris brusquement le soir de fièvre, 39°5, et de courbature avec mal à la tête.

Le lendemain 16 février, la température est à 38°4. L'examen de tous les appareils reste négatif. En examinant la gorge, on constate que les amygdales sont augmentées de volume, rouge foncé. Le voile du palais est rouge uniforme, à la surface des amygdales

et de chaque côté existent trois à quatre points pultacés très nets.

Le 17 février. — Température 38°. L'enfant paraît mieux, il joue dans son lit. Les points pultacés sur les amygdales sont en voie de disparition. La gorge est encore grosse et rouge.

Le 18 février, la température est tombée à 37°2, l'enfant est bien. Les points blancs ont disparu : bien que la gorge reste encore un peu gonflée et les amygdales saillantes, tout paraît aller bien.

Le 19 février, la gorge est encore un peu rouge, mais infinement moins que les premiers jours : la température est à 36°8, la guérison est acquise.

Le 20 février, l'enfant est bien, se lève, sort et reste tout le jour sans fièvre.

Le 21 février, l'enfant a eu une nuit agitée. La température est remontée à 39°. Au matin, on constate l'existence d'une rougeole très caractérisée avec larmoiement, coryza, signe de Köpplik, éruption très nette.

Cette rougeole a évolué normalement et l'enfant a bien guéri sans autre complication.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

Agmygdalite pultacée. — Rougeole.

Le jeune P..., âgé de 7 ans, habituellement bien portant, sauf quelques crises de bronchites asthmatiformes, est atteint le 28 février 1914 d'amygdalite.

Sur les amygdales droite et gauche légèrement augmentées de volume on constate la présence de plusieurs points blanc-jaunâtre nettement pultacés.

Température 38°8. Rien aux autres appareils.

Etant donné le milieu épidémique dans lequel vit cet enfant (rougeole d'une sœur il y a 10 jours), cette angine est considérée comme suspecte ; il n'existe toutefois pas de signe de Köpplik.

Le lendemain 1er mars, l'état est stationnaire. Température 38°5. Mêmes manifestations dans la gorge.

Le 2 mars, température 39°. Mêmes manifestations dans la gorge sauf la diminution très nette des points pultacés de la gorge. En revanche, sur la face interne des joues et dans le sillon gingivo-labial on constate en plusieurs points l'existence de signes de Köpplik très caractérisés.

Le 3 mars, éruption rubéolique avec tous les signes habituels.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

Angine érythémateuse. — Rougeole.

A... A., 13 ans, est une enfant très bien développée pour son âge. N'a jamais été malade. Ses parents sont bien portants. Elle est atteinte le 3 mars de fièvre avec

céphalalgie, abattement, avec difficulté pour avaler. Le début a été brusque.

L'examen révèle l'existence d'une rougeur diffuse de la gorge, une augmentation légère de volume des amygdales, difficulté importante de déglutition. Rien aux autres appareils. Température 39°3.

Le 4 mars, l'état est stationnaire. Température 39°5. Même état de la gorge avec en outre des traînées blanchâtres sur les deux amygdales et adénopathie légère et douloureuse sous-maxillaire. Même difficulté pour la déglutition.

Le 5 mars, la température est à 38°8. Mêmes manifestations à l'examen de la gorge : les amygdales sont recouvertes d'un véritable enduit vernissé ; l'adénopathie a légèrement augmenté. Etat général toujours le même : abattement, inappétence, céphalée, nausées, état saburral très marqué.

Le 6 mars, les phénomènes paraissent s'amender : la température est à 38°, la difficulté de la déglutition a presque disparu, la gorge est en meilleur état, les amygdales sont moins grosses, moins rouges, l'enduit vernissé est en voie de disparition, l'état général est meilleur, bien que l'état saburral des voies digestives soit encore très marqué.

Le 7 mars, amélioration notable, température 37°5 ; la gorge est encore rouge mais elle est bien dégonflée, l'adénopathie est en voie de disparition. L'état général est meilleur.

Du 8 au 15 mars, la gorge est guérie, elle ne provoque aucun phénomène. L'enfant a repris une existence normale, bien qu'elle soit facilement lasse. L'état saburral des voies digestives persiste quoique atténué. Langue

blanche, inappétence ; la température, le matin, oscille constamment ; le soir, entre 37°2 et 37°5.

Le 16 mars, la température remonte à 38°. Revue à cette occasion, on constate le signe de Köpplik très net sur la face interne des joues ; la gorge est normale, quoiqu'un peu rouge, langue blanche.

Le 17 mars, même état.

Le 18 mars, le signe de Köpplik est toujours présent ; en outre, apparaissent le larmoiement, coryza ; la température monte à 39°.

Le 19 mars, éruption rubéolique intense.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

Angine érythémato-pultacée. — Rougeole.

Le jeune B..., âgé de 3 ans 1/2, est un enfant normalement développé. Pour tout antécédent il a été atteint à plusieurs reprises d'amygdalites avec crises de laryngite striduleuse.

Le 15 février, il est pris de fièvre avec rougeur de la gorge et points blancs sur les amygdales ; température 39°.

Le 16 février, même température, abattement, inappétence ; même état de la gorge, adénopathie légère.

Le 17, le 18 et le 19 février, la température se

maintient entre 38° et 39°, en même temps qu'une amygdalite banale évolue dans la gorge.

Le 20 février, la température est à 39°, de nouveau l'amygdalite persiste, mais en outre on constate le signe de Köpplik très caractérisé sur la face interne des joues ; en outre, larmoiement, coryza.

Du 21 au 23 février, les signes persistent les mêmes ; la température atteint 40° le soir, 38°5 à 39°5 le matin.

Le 24 février, éruption rubéolique qui évolue normalement.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

Angine érythémato-pultacée. — Rougeole

La jeune L... C..., âgée de 9 ans, normale, est atteinte le 6 avril 1914 d'angine avec fièvre, angine banale, rougeur de la gorge, points blancs sur les amygdales ; température à 39°5, abattement, céphalée, inappétence.

Cette amygdalite évolue du 6 au 10 avril de la façon la plus banale ; la température, élevée au début, baisse progressivement jusqu'à 38°. Le 10 avril, les points blancs sont en voie de disparition, l'état général reste déprimé.

Le 10 avril, on constate l'existence du signe de Köpplik absent jusque-là. Les autres manifestations restent

les mêmes ; température à 38°, la gorge est encore rouge, mais les exsudats blanchâtres ont disparu.

Le 11 avril, apparaît le coryza, larmoiement ; la température monte progressivement, et le 14 avril l'éruption de rougeole se fait classiquement.

SYMPTOMATOLOGIE

L'angine en elle-même a été depuis longtemps très bien étudiée. Aussi nous nous contenterons d'en tracer un tableau clinique fidèle mais résumé.

Nous ne décrirons que les formes qui se présentent dans nos observations : l'angine catarrhale diffuse aiguë et l'amygdalite catarrhale aiguë ; nous les décrirons séparément.

Angine catarrhale aiguë diffuse

Le début peut être brusque ou précédé de quelques prodromes plus ou moins prononcés.

Chez les tout petits enfants quelques manières inaccoutumées, unétat général particulier font seuls soupçonner l'apparition d'une pyrexie. L'enfant est mal en train, il ne joue plus ou montre de l'impatience dans ses jeux, pleure facilement, puis devient triste, il est abattu. Il peut présenter de l'agitation. Son appétit diminue fréquemment, il vomit. Sa face est pâle.

Cette période prodromique ne dure en général que 12 à 24 heures, pendant lesquelles les symptômes augmentent d'intensité et la fièvre monte. On arrive alors à la période d'état.

Un adulte se plaint d'avoir froid, mais le thermomètre accuserait à ce moment une température déjà supérieure à la normale. Le malade a des nausées et vomit même quelquefois. Il est constipé. Ces divers symptômes peuvent être peu accusés et passer inaperçus, mais la céphalée et le picotement à la gorge manquent rarement.

A la période d'état les troubles sont de deux ordres : les uns subjectifs ou fonctionnels sont dévoilés par le malade ; les autres objectifs ne sont remarqués que par le médecin.

Symptômes fonctionnels. — La température s'élève à 39° ou 40°, le malade présente des frissons, une courbature violente, de la céphalée. Les malades sont très abattus. Les angines bénignes peuvent altérer momentanément l'état général comme une maladie grave. On observe toujours en même temps des signes d'embarras gastrique, parfois quelques vomissements.

Au niveau de la gorge le malade éprouve des douleurs spontanées avec sensation de sécheresse, et des douleurs provoquées par la déglutition ; des troubles de la phonation sont aussi de règle. Il y a une voix amygdalienne : il y a du nasonnement parce que les piliers accomplissent mal leurs fonctions, les ondes sonores s'échappent par le nez.

Il y a des troubles de sécrétion : l'inflammation amène tantôt une production exagérée de mucosités avec une expectoration visqueuse, des déglutitions continuelles ou des crachotements ; tantôt un état de sécheresse très pénible amenant une toux sèche.

La respiration est gênée.

A l'examen, rougeur de la muqueuse pharyngo-amygdalienne intense surtout au niveau de la luette et des piliers antérieurs du voile du palais. Les amygdales sont rouges mais à peine augmentées de volume. L'adénopathie sous-maxillaire et de l'angle de la mâchoire reste ordinairement modérée. La langue est saburrale.

Un exsudat pultacé se montre souvent au bout d'un ou deux jours, surtout sur les amygdales et les piliers du voile de palais. Il se dépose par place sous forme de points séparés, s'enlève facilement en laissant au-dessous de lui une muqueuse rouge, non ulcérée. Cet exsudat se dissocie facilement dans l'eau, contrairement aux exsudats pseudo-membraneux.

Les symptômes s'atténuent assez rapidement ; et la guérison survient au bout de 7 à 8 jours, quelquefois elle est plus rapide et l'évolution complète se fait en 3 ou 4 jours.

Amygdalite palatine catarrhale a guë

Ici l'injection frappe d'une manière élective le tissu propre de l'amygdale ; elle est fréquente surtout chez les sujets à tissu lymphoïde très développé et plus particulièrement chez les enfants et les adolescents.

Les symptômes généraux sont les mêmes que dans l'angine catarrhale aiguë diffuse.

La dysphagie est rapidement intense. La douleur locale prédomine presque toujours d'un côté, au début

tout au moins. Il peut exister un peu de surdité due à l'inflammation de la trompe d'Eustache.

L'adénopathie sous-maxillaire est plus prononcée que dans l'angine diffuse.

A l'examen, on voit au début une seule amygdale tuméfiée, rouge et recouverte, au niveau des cryptes, d'un exsudat pultacé se présentant sous la forme de points séparés. Bientôt les deux amydales se prennent. Elles sont grosses et font saillie de chaque côté vers la ligne médiane, leur muqueuse est rouge et recouverte d'un exsudat pultacé.

La fièvre monte à 39°-40°, les urines sont rares, foncées, albumineuses. L'état général est profondément atteint.

Au bout de six à sept jours les accidents locaux et généraux commencent à s'amender. La convalescence est assez longue.

Une première amygdalite crée pour l'amygdale une prédisposition morbide, aussi les récidives sont-elles fréquentes.

DIAGNOSTIC
PRONOSTIC ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître l'existence d'une angine catarrhale aiguë : pour ne pas la méconnaître, il suffit de s'imposer comme règle clinique de ne jamais négliger de regarder la gorge des malades : cette règle est essentielle en clinique infantile.

Nous répéterons avec le prof. Dieulafoy que « l'examen bactériologique est le complément indispensable en clinique dans le diagnostic des angines aiguës, que lui seul nous donne la certitude absolue, le mode de direction dans les interventions thérapeutiques, qu'il est enfin un précieux élément de pronostic.

Ceci une fois établi et pour nous conformer à l'usage, nous allons passer rapidement en revue les affections de la gorge qui peuvent être confondues avec l'angine aiguë simple.

Angine diphtérique. — En temps d'épidémies, certaines angines catarrhales, sans exsudat d'aucune sorte, relèvent d'une infection par le bacille de Löfler. Il faut faire un examen bactériologique et un examen direct de l'exsudat. Une fausse membrane agitée dans l'eau reste

intacte, tandis que dans les mêmes conditions un exsudat catarrhal se dissocie. La fièvre n'atteint pas d'emblée son maximum. Elle est plus sournoise dans son évolution.

Angine scarlatineuse présente à son début une élévation de température rapide à 40°, des symptômes généraux très intenses, une teinte vineuse, écarlate de l'énanthème, celui-ci est parfois pointillé et papuleux. La langue est sèche, framboisée. Enfin le troisième jour l'angine, au lieu de guérir, s'accompagne de l'exanthème.

Angine morbilleuse se reconnaîtra au catarrhe oculonasal prémonitoire. L'exanthème est rouge, pointillé, maculeux, surtout accusé sur le voile du palais (Girard et Sevestre). Dans la bouche on peut trouver des taches de Köpplik. Enfin l'énanthème s'accompagne d'exanthème toujours reconnaissable.

Angine érysipélateuse est d'un rouge très vif, pourpré ; elle s'accompagne de l'apparition de phlyctènes. L'adénite est énorme. Enfin souvent on voit la plaque caractéristique sortir des lèvres ou des narines.

Angine syphilitique rouge vermillon de Dieulafoy est caractérisée par sa teinte, s'accompagne souvent de plaques muqueuses siégeant sur les amygdales, et se reconnaît à l'étude des antécédents et la recherche des autres signes de la syphilis secondaire.

Angine ortiée se reconnaît à l'œdème qui l'accompagne, aux propagations laryngées et à leurs traductions cliniques (dyspnée), à la coexistence d'urticaire cutané.

Pronostic. — Il est en général bénin. Comme la maladie laisse le sujet dans un état de moindre résistance, il y a intérêt à surveiller la convalescence.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont les mêmes dans tous les cas : elles sont limitées à la muqueuse et aux glandes mucipares. Il y a une dilatation considérable des vaissaux avec diapédèse active.

Dans la *forme érythémateuse*, la muqueuse est rouge luisante, — angine rouge.

Dans la *forme catarrhale*, la muqueuse est rouge luisante, semée de traînées de mucus épais, les amygdales sont grosses, turgescentes.

Dans la *forme pultacée* (angine blanche), le catarrhe engendre la desquamation épithéliale sous forme de concrétions blanchâtres, molles, — dépôts pultacés. Ils se laissent facilement détacher. Dans l'eau ils se dissolvent immédiatement.

Le point important, c'est que dans ces formes l'exsudat ne contient jamais de fibrine et qu'il ne peut aboutir à la forme membraneuse (Brouardel et Gilbert).

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Angines catarrhales aiguës pré-rougeoleuses

L'angine est l'inflammation de l'arrière-gorge et du pharynx.

Les inflammations de la muqueuse du pharynx et des amygdales sont la plupart d'ordre infectieux, l'infection venant tantôt de dehors, par la cavité buccale, tantôt de dedans, par la voie sanguine.

Les angines sont tantôt secondaires, tantôt primitives ; ces dernières nous intéressent plus particulièrement.

Depuis Lasègue on classe les angines primitives suivant leurs symptômes objectifs. L'on décrit les angines catarrhale, phlegmoneuse, ulcéreuse, herpétique, diphtérique, gangréneuse.

On ne peut pas classer les angines d'après les microbes qui les déterminent, car un même microbe peut provoquer les types cliniques les plus différents. On admet de plus en plus aujourd'hui la conception d'une étiologie polymicrobienne dans chaque cas d'angine aiguë, il est

exceptionnel de ne rencontrer dans les frottis et dans les cultures qu'une seule espèce microbienne. Lorsqu'on dit angine à pneumocoques, par exemple, on veut simplement attirer l'attention sur la prédominance de cet agent microbien.

Si on laisse de côté les angines relevant des bacilles de Lœfler, le rôle le plus important appartient sans conteste au streptocoque. Les recherches de Veillon, de Chaillou et Martin, de Landouzy, de G.-H. Lemoine, de Parkès et bien d'autres ont confirmé cette manière de voir.

Les agents pathogènes peuvent venir de dedans ou de dehors. De dedans : Le microbe peut être apporté au niveau du pharynx par le torrent circulatoire, ayant infecté préalablement l'organisme. De dehors : Ils peuvent venir des cavités voisines : pharynx, nez, cavité buccale.

Normalement la cavité bucco-pharyngienne renferme de nombreux microbes qui vivent en hôtes inoffensifs, en saprophytes sur la muqueuse buccale, dans les cryptes amygdaliennes. Mais que, pour une cause ou une autre, l'organisme soit affaibli, ou que la virulence des agents pathogènes soit augmentée, ceux-ci attaquent l'organisme qui réagit et se défend.

Les amygdales et tout le tissu lymphoïde du pharynx luttent, s'hyperhémient et produisent une diapédèse très marquée.

Les microorganismes pullulent et se trouvent enfermés dans les cryptes amygdaliennes qui peuvent s'oblitérer sous l'action de l'inflammation. Les microbes se trouvent comme dans un vase clos et exaltent de ce fait leur virulence.

Les angines se développent surtout sur des sujets jeunes ou des adolescents de tempérament lymphatique.

Elles sont favorisées par le refroidissement, les saisons humides, de brusques changements de température. Le contact des poussières, des vapeurs ou des gaz irritants favorise leurs développements.

Certains sujets offrent une prédisposition spéciale, leurs amygdales restant chroniquement enflammées entre chaque poussée aiguë.

En général une première atteinte de l'organe appelle une localisation sur le même organe.

Tout le monde est d'accord qu'il y a le plus souvent contagion. On peut voir les angines se développer sous forme d'épidémies.

Les angines pré-rougeoleuses dont nous donnons les observations ont apparu, soit au début, soit à la fin de la période d'incubation de la rougeole, chez des enfants bien portants n'ayant présenté aucune manifestation morbide les jours précédents.

Trois hypothèses peuvent se présenter à l'esprit :

1° *La simple coïncidence*, et alors les deux maladies n'ont aucune relation entre elles ; même dans ce cas le fait est intéressant à noter.

2° *L'envahissement de l'organisme par le virus morbilleux*, cet organisme étant en état de moindre résistance et se laissant plus facilement atteindre par une seconde maladie. Les microbes vivants en saprophytes sur la muqueuse du pharynx et dans les cryptes des amygdales exaltent leur virulence ; la localisation sur le pharynx peut être facilitée dans certains cas par des atteintes antérieures de l'organe, comme dans l'observation IV. Dans ces cas, la convalescence de l'angine est particulièrement à surveiller. La diminution de résistance de

l'organisme peut aggraver la rougeole par des associations avec les microbes de virulence exaltée et créer des complications ou donner lieu à une forme anormale, adynamique, par exemple.

3° *L'angine pré-morbilleuse* dont le microbe est inconnu à l'heure actuelle, l'examen bactériologique étant impossible à faire ; mais des inoculations des exsudats contenant ce virus ont été faites d'autre part et ont donné des résultats positifs. Nous regrettons de ne pas avoir pu faire cet examen qui nous aurait peut-être montré la nature morbilleuse de l'exsudat que les observations I et II nous font supposer.

Mais dans ce que nous appelons l'origine pré-rougeoleuse la première idée qui devrait venir à l'esprit est que l'éruption qui suit cette angine n'est peut-être pas rougeoleuse, plutôt rubéolifiée, car les angines carrhales sont très fréquentes dans les rubéoles.

Si les éruptions morbilliformes, en particulier la rubéole, simulent l'éruption de la rougeole, cette dernière a, pour elle, les symptômes de la période d'invasion avec ses catarrhes. Si parfois la rubéole présente du catarrhe oculo-nasal, nous savons, d'autre part, que la période d'invasion de la rubéole est nulle ou insignifiante (Dieulafoy) ; or, dans nos observations III, IV, V, la période d'invasion qui présentait du catarrhe oculo-nasal a duré 3 ou 4 jours.

Le signe de Köpplik avait également précédé l'éruption qui a eu tous les caractères de la rougeole et n'était pas polymorphe comme dans la rubéole.

L'adénopathie existait bien, mais elle était légère et moins notable que dans la rubéole.

Ce qui nous fait penser plutôt à la rougeole est le milieu dans lequel étaient les malades, car dans les cas

I et II il y a eu nettement contagion par d'autres enfants atteints de rougeole. De plus, le cas qui nous occupe s'est présenté dans une épidémie de rougeole intéressante par le nombre et par la variété des manifestations.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les quelques observations que nous avons rapportées, nous voyons que l'existence sur les amygdales de points pultacés avec rougeur de la gorge paraît avoir été un épiphénomène ayant évolué nettement avant toute manifestation rougeolique.

L'angine laisse après elle dans l'arrière-gorge une riche flore microbienne qui pourra exalter sa virulence, étant donné que l'organisme est affaibli, et contribuera à donner diverses complications de la rougeole, telles que la boncho-pneumonie, les laryngites avec œdème de la glotte, la diphtérie, les otites, les méningites, etc.

La forme de la rougeole dans ces cas peut être adynamique, surtout sur des sujets affaiblis et dont les antécédents sont chargés.

La rougeole est surtout contagieuse pendant la période d'invasion ; or les angines ont apparu soit au début, soit à la fin de la période d'incubation, ce qui a permis d'isoler les malades et de préserver l'entourage de la contagion.

Il y a un signe qui rend de très grands services pour l'établissement d'un diagnostic précoce : c'est le signe de Köplik. Il apparaît ordinairement tout à fait au début de la période d'invasion sous forme de petites élevures en grains

de semoule sur la face interne des joues, il commence à s'effacer quand l'exanthème apparaît. Il est à noter que dans l'observation I il a apparu le jour même de l'éruption et dans l'observation IV il a apparu 5 jours avant l'éruption au cours de l'angine pultacée.

Il est à noter également que l'incubation de la rougeole est ordinairement silencieuse et ne se manifeste par aucun signe, le sujet semble être bien portant; après l'angine, comme nous le voyons dans l'observation III qui est spécialement caractéristique, car il s'est écoulé 7 jours entre la guérison de l'angine et l'application du signe de Köpplik, l'enfant est lasse, mal en train, l'état saburral des voies digestives persiste, la température oscille légèrement le soir.

TRAITEMENT

Il comprend un traitement local et général. Comme cette angine est contagieuse, il y a intérêt pour l'entourage à isoler le malade pour un temps égal à l'incubation de la rougeole. La chambre sera chauffée à 15°-18°, l'air sera souvent renouvelé, l'éclairage pas trop intense, ne pas charger de couvertures le malade. On veillera à la propreté de la peau et des cavités naturelles de la bouche, du nez, des oreilles. Comme nourriture, le malade prendra du lait, du bouillon et des œufs. Il est prudent de faire une analyse des urines, car l'albumine n'est pas rare dans les angines. La convalescence sera surveillée. L'hygiène la plus sévère sera observée. On continuera l'antisepsie des cavités naturelles et de la peau.

Traitement local. Si la dysphagie est tellement vive qu'elle entrave l'alimentation, on pourra badigeonner la gorge avec un collutoire cocaïné :

Borate de soude.....	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 30
Glycérine.....	20 gr.

On touche, toutes les heures, les parties enflammées au moyen d'un tampon d'ouate imbibé de ce collutoire.

Des compresses d'eau froide, placées au devant du cou et entourées de taffetas gommé, donnent de bons résultats.

Le traitement au début est émollient: gargarismes tièdes à la décoction de guimauve qu'on alterne avec le gargarisme suivant :

Thymol..... }	
Menthol..... }	*ââ* 1 gramme
Eau de Botot..	200 cc.

une cuillerée à soupe dans un verre d'eau.

Quand le malade ne peut pas se gargariser, faire des attouchements à l'eau oxygénée au 1/4 avec un tampon d'ouate.

On fera l'antisepsie du nez en appliquant dans les narines une pommade:

Résorcine.....	3 grammes
Vaseline.....	30 —

ou en versant dans chaque narine quelques gouttes d'huile gomelée toutes les quatre heures.

L'antisepsie des oreilles avec :

Acide phénique.....	1 gramme
Glycérine.....	100 —

Evaporer dans la chambre sur un réchaud, avec partie égale d'eau :

Acide phénique.....	10 gr.
Teinture de benjoin.....	20 cc.
Essence de térébenthine.....	30 cc.
Teinture d'eucalyptus.....	50 cc.

dans 1 litre d'eau.

Il est à conseiller de continuer ce traitement antiseptique pendant la convalescence comme prophylaxie de la rougeole, et surtout comme empêchement de production des formes graves et anormales de la rougeole.

Pendant la convalescence on donnera des reconstituants généraux.

CONCLUSIONS

L'épidémie de rougeole de cette année, si variable dans ses formes et si riche dans ses complications, a donné lieu dans quelques cas aux rougeoles précédées d'une angine catarrhale aiguë apparaissant soit au début, soit à la fin de la période d'incubation, alors qu'il n'y a rien qui fasse penser à la rougeole. Ces angines, non décrites jusqu'à présent et dont nous rapportons 5 observations, sont intéressantes à étudier, surtout au point de vue de la prophylaxie de la rougeole.

Ces angines sont pré-rougeoleuses, car elles ont apparu avec un caractère d'indépendance remarquable, ayant présenté dans quelques cas un intervalle net entre la guérison et l'apparition de l'exanthème.

Ces angines sont pré-rougeoleuses, parce que l'exanthème qui suivait était précédé de tous les symptômes caractéristiques de la rougeole, ne prêtant à aucun doute.

Ces angines faisant penser à une rougeole probable, surtout pendant une épidémie, doivent être suivies d'une hygiène rigoureuse locale, ainsi que générale, pour

prévenir la possibilité des formes graves de la rougeole et des diverses complications locales, et pour permettre l'évolution normale de la maladie.

C'est à ce point de vue que nous avons trouvé intéressant de rapporter ces quelques cas.

BIBLIOGRAPHIE

Bacaloglu. — Étude (Revue de médecine de janvier, février et mars 1902).

Brissaud-Pinard-Reclus. — Pratique médico-chirurgicale.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine.

Collet. — Précis de pathologie interne.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Grancher et Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Lasègue. — Traité des angines.

Sallard. — Amygdalites aiguës (Th. Paris, 1892).

Veillon. — Recherche sur l'étiologie et la pathologie des angines aiguës non diphtériques. Paris, 1894.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 mai 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!